

## Depositati **REGIONE LOMBARDIA**

Intervento del Prof. Massimo Gandolfini

Facendo riferimento alla "relazione introduttiva", i punti salienti del PdL 76 sono:

- La costituzione di un centro di informazione e coordinamento, prevedendo anche un adeguato monitoraggio dell'obiezione di coscienza
- La conferma dell'attribuzione ai consultori familiari di una funzione centrale nel favorire il percorso di accesso ai servizi
- Adeguata presa in carico dei casi urgenti
- Informazione ed accesso gratuiti alla contraccezione in fase post-abortiva

### **Formazione del personale sanitario**

In ordine a quanto sopra espresso,

al fine di una chiara e completa valutazione delle richieste evidenziate nel PdL 76, è utile una premessa con citazioni tratte dalla Legge 194/78

- ART. 1 "Lo Stato ... riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio ... L'interruzione volontaria di gravidanza non è mezzo per il controllo delle nascite ... evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite"
- ART: 2 "I consultori familiari istituiti con legge 405/75 ... contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza... possono avvalersi della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni di volontariato

che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita ...”

- ART: 5 “Il consultorio e la struttura sociosanitaria ... hanno il compito, specialmente quando la richiesta di interruzione sia motivata dall’incidenza delle condizioni economiche, o sociali ... di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione ... offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza che dopo il parto ... la informa sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso ...”

Tutto ciò premesso, si propongono considerazioni critiche del testo PdL 76, suggerendo possibili implementazioni e modifiche:

- Art. 3, a) il consultorio familiare deve fornire un’informazione completa, riguardante anche gli aspetti di prevenzione enunciati negli articoli della legge 194;
- Art. 3, b): “La più ampia conoscenza dei diritti sanciti dalla 194” implica la proposizione del “consenso informato” come è prassi obbligatoria e consolidata di fronte a ogni atto medico-chirurgico. Ciò comporta l’esplicitazione dettagliata dei rischi

legati alle procedure chirurgiche e farmacologiche legate alla IVG, le possibili alternative alla scelta abortiva, la possibile strutturazione della “sindrome post-abortiva”, e non solo dei “rischi che le pratiche clandestine comportano”;

- Art.3, f): deve prevedere e comprendere le informazioni di creare condizioni che facciano recedere la donna dalla scelta abortiva, come la legge 194 impone. Inoltre, non ci si può limitare a monitorare i “rapporti numerici fra personale obietto e non obietto”, ma va documentato – dati statistici alla mano – l’impegno lavorativo per IVG richiesto per singolo medico non obietto (rapporto numero IVG/medico). L’istanza avanzata di valutare “la qualità effettiva versus la qualità percepita” (una sorta di “customer satisfaction”) è inattendibile essendo priva di ogni oggettività e, pertanto, inaccettabile.
- Art.3, j): nel fornire l’informazione relativa ai “farmaci contraccettivi d’emergenza” non si può prescindere dall’aspetto della possibile/probabile azione antinidatoria, cioè abortiva;
- Art.6, comma 3: la somministrazione di farmaci da parte dei consultori

familiari non è compito previsto dalla legge 194

- Art.8, comma 1: l'informazione completa circa l'utilizzo dei dispositivi intrauterini richieda che si descriva con rigore scientifico che il loro meccanismo d'azione è antinidatorio, quindi abortivo;
- Art.9, 1.b: i corsi ECM non possono prescindere dall'insegnamento dei valori antropologici ed etici inerenti l'obiezione di coscienza

Più in dettaglio, vorrei soffermarmi su due aspetti di primaria importanza:

- Strutturazione ed incidenza della "sindrome post-abortiva";
- Rilevazioni statistiche circa il rapporto numero IVG/medico non obiettore.

### Sindrome Post-Abortiva

Negli USA si incominciò ad affrontare il problema nel 1985 e l'allarme sociale su questo tema nacque da una serie di articoli pubblicati dal New York Times. Tralasciando per motivi di tempo/spazio la citazione di numerosi testi prodotti, mi concentrerò solo su quelli che ritengo oggettivamente più significativi:

- ▶ *"Journal of Youth & Adolescence", Colemann, 2006.* L'aborto provocato è accompagnato da un più alto

rischio di malattia mentale rispetto alla nascita non desiderata

- ▶ *Lancet, vol. 372, agosto 2008.* "Il fatto che alcune donne sperimentino problemi psichici dopo un aborto non dovrebbe essere banalizzato ... Alle donne che scelgono di abortire occorre fornire un pacchetto accurato di cure successive, che includa l'assistenza psicologica, quando necessaria"
- ▶ *Studio finlandese (Gissler, Hemminki, Lonquist, 1996):* valutate tutte le donne in età fertile che si sono suicidate dal 1987 al 1994: il 5,4% dei suicidi era associata alla gravidanza. In dettaglio: 5,9% in caso di nascita di bimbo non voluto; 18,1% in caso di aborto spontaneo; 34,7% in caso di IVG
- ▶ *Fergusson, Horwood, Ridder, 2006:* impatto dell'IVG in giovani donne dai 15 ai 25 anni; in donne da 15-18 anni, depressione nel 35,7% nel post-partum; 78,6% dopo IVG; donne dai 18-21 anni: 34,5% post-partum, 45,1% dopo IVG; donne dai 21-25 anni: 30,5% post-partum, 41,9% dopo IVG.  
Commento: le donne che hanno eseguito IVG presentano un maggiore rischio di depressione e tale rischio aumenta con il diminuire dell'età

- ▶ *DSM III (1987)* introduce la sindrome clinica legata al post-aborto nel novero del PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)
- ▶ *Major, Appelbaum, 2009*: confronto fra disturbo d'ansia correlato ad IVG e quello correlato dal portare a termine una gravidanza non voluta. A breve termine, l'IVG induce una riduzione dell'ansia, ma a lungo termine si registra un netto aumento del disturbo d'ansia, che struttura una vera PTSD. In dettaglio: a cinque anni da IVG, 18% vera PTDS, 46% reazione semplice stress-correlata; a 12 anni da IVG: 14,3% disturbo d'ansia generalizzata
- ▶ *Reardon, 2003*: le donne che hanno praticato IVG presentano il 65% di probabilità in più di strutturare depressione rispetto alle donne che hanno portato a termine una gravidanza non desiderata.

In conclusione, è ormai ampiamente documentato che l'aborto porta con sé ricadute negative sull'equilibrio psichico della donna che lo subisce (aborto spontaneo) e in modo ancora più pesante sulla donna che lo provoca. La gravidanza - come la pubertà e la menopausa - è un momento particolarmente delicato

per ogni donna, perché comporta significativi mutamenti biologici, fisici e psicologici: in questa condizione di maggiore vulnerabilità e fragilità, l'aborto può rappresentare l'innescò per l'insorgenza di meccanismi psicopatologici anche gravi. Per questa ragione, prevedere un "consenso informato" che contempli in modo chiaro e rigoroso la descrizione di possibili conseguenze psicopatologiche dell'IVG costituisce un dovere sociale e deontologico finalizzato ad una libera scelta che sia veramente consapevole. E' quasi paradossale che la legge 194/78 - che prevede la possibilità di IVG per motivi di tutela della salute della donna - non preveda in modo altrettanto perentorio l'informazione circa conseguenze negative sulla salute psichica della donna.

Solo da una conoscenza completa e dettagliata degli aspetti medico-scientifici in gioco in caso di IVG può derivare una scelta libera e consapevole.

## Rilevazioni Statistiche IVG Medici Obiettori - Punti IvG Italia e Regione Lombardia

Questo secondo punto, avente caratteristiche numeriche/statistiche, lo affido ad alcuno slide.



In Italia, ogni 10 strutture in cui si pratica I.V.G., ce ne sono 11 in cui si partorisce.  
**LE I.V.G. TUTTAVIA SONO IL 17.6% DELLE NASCITE.**

Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore - anni 2014-17 (considerando 44 settimane lavorative all'anno) - Dato calcolato attraverso il monitoraggio ad hoc condotto dal Ministero della Salute

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore			
	dato 2014 - rilevazione ad hoc per asl	dato 2015 - rilevazione ad hoc per struttura	dato 2016 - rilevazione ad hoc per struttura	dato 2017 - rilevazione ad hoc per struttura
Lombardia	1.7	2.7	n.d.	1.2

**IL NUMERO DEI NON OBIETTORI E' CONGRUO.**

**IL NUMERO DI OBIETTORI NON IMPEDISCE AI NON OBIETTORI DI SVOLGERE ANCHE ALTRE ATTIVITA' OLTRE A I.V.G.**

Carico di lavoro medio settimanale per IVG per ginecologo non obiettore per regione calcolato a partire dal dato di dettaglio delle singole strutture di ricovero (valori medio e massimo). Anno 2017

Regioni	Valore medio regionale	Valore massimo per singola struttura IVG
LOMBARDIA	1,3	4,7

I dati numerici nazionali documentano:

- ogni ginecologo non obiettore esegue in media 1,6 IVG/settimana (nel Lazio in alcune ASL 3,2 IVG/settimana);
- il 92,2% delle IVG avviene nella regione di residenza e l' 87,9% nella provincia di residenza
- nel 1983: 137,9 IVG/anno/ginecologo
- nel 2015: 68,5 IVG/anno/ginecologo

Riferendoci alla relazione ministeriale del 2019, risulta che il 9,8% dei ginecologi non obiettori (in valore assoluto, 146) nel 2017 NON HA ESEGUITO IVG

perché le rispettive amministrazioni li hanno assegnati ad altri servizi.

In Regione Lombardia (fonte: relazione ministeriale 2019) 323 ginecologi non obiettori e 18264 IVG, cioè 56,5 IVG/anno per ginecologo, pari a 1,3 IVG alla settimana per ginecologo.

**I numeri confermano che il 30% dei ginecologi non obiettori è più che sufficiente a coprire le richieste.**

**Ritengo di aver dimostrato - numeri alla mano - che l'asserita emergenza legata ad una presunta "carenza di servizio IVG" è inesistente.**



*Prof. Massimo **GANDOLFINI**,  
Neurochirurgo e Psichiatra  
Presidente Associazione "Family Day" - DNF*